

Bacheloroppgave i sykepleie



Hvordan kan sykepleier møte rusmisbrukere med smerteproblematikk på et somatisk sykehus?

Kull: 10FUS

Kandidatnummer: 125

Innleveringsfrist: 03.10.2013

Antall ord: 10217

SAMMENDRAG

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier møte rusmisbrukere med smerteproblematikk på et somatisk sykehus?

Metode

I denne oppgaven valgte jeg å bruke litteraturstudie som metode. Faglitteratur av Skoglund og Biong og Hummelvoll anvendes for å belyse problemstillingen. Jeg fant fire forskningsartikler som jeg bruker, i tillegg til annen litteratur og fag/forskning. Som sykepleieteoretisk ramme i oppgaven bruker jeg Joyce Travelbee.

Funn

Funnene viser manglende kunnskap blant sykepleiere, smertekartlegging og ruskartlegging blir sjelden gjort og det er en mistillit blant sykepleiere rettet mot rusmisbrukere.

Resultater

Sykepleieren bør ha tillit til pasientens opplevelse av smerte og opparbeide et tillitsforhold til pasienten. Sykepleier bør opparbeide seg fagkunnskap om rusmisbruk og smerter. Sykepleier bør være klar over sin egen holdning og holdningenes innflytelse på handlinger og interaksjon til pasient. Et godt samarbeid mellom lege og sykepleier er også viktig, herunder bør rollefordelingen være klar. I tillegg bør ruskartlegging og smertekartlegging gjøres.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	5
1.2 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	5
1.3 AVGRENSING AV OPPGAVEN.....	6
1.4 DEFINISJON AV BEGREPER.....	7
1.4.1 Rusmiddelmisbruk.....	7
1.4.2 Rusavhengighet.....	7
1.4.3 Toleranse.....	7
1.4.4 Pseudoavhengighet	7
1.4.5. Holdninger	8
1.4.6 Å Møte	8
1.4.7 Opioider.....	8
2.0 TEORIDEL.....	9
2.1 SMERTE.....	9
2.2 RUSMISBRUKERE PÅ SYKEHUS.....	10
2.3 HYPERALGESI OG ALLODYN.....	11
2.4 SYKEPLEIERS ROLLE VED SMERTELINDRING	12
2.5 KOMMUNIKASJON OG HOLDNINGER.....	12
2.6 YRKESETISKE RETNINGSLINJER.....	14
2.7 JOYCE TRAVELBEE	14
2.7.1 Lidelse	14
2.7.2 Skape en relasjon.....	15
2.7.3 Menneske-til-menneske-forhold.....	16
3.0 METODE.....	17
3.1 LITTERATURSTUDIE.....	17
3.1.1 Kvantitativ metode.....	17
3.1.2 Kvalitativ metode	18
3.1.3 Etiske hensyn	18
3.2 UTVELGELSE FAGLITTERATUR.....	18
3.3 LITTERATURSØK.....	19
3.3.1 Første søk.....	19
3.3.2 Andre søk.....	20
3.3.3 Norsk Forskning og referanseliste	20
3.4 KILDEKRITIKK	20
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	22
4.1 THE CHALLENGE OF CARING FOR PATIENTS IN PAIN: FROM THE NURSE'S PERSPECTIVE	22
4.2 SMERTEBEHANDLING AV RUSMISBRUKERE INNLAGT I SYKEHUS.....	23
4.3 SUBSTANCE USERS' PERSPECTIVE OF PAIN MANAGEMENT IN THE ACUTE CARE ENVIRONMENT	24
4.4 A DESCRIPTIVE STUDY ON EMERGENCY DEPARTMENT DOCTORS AND NURSES KNOWLEDGE.....	25
4.5 SAMMENDRAG FUNN	26
5.0 DRØFTING.....	27
5.1 RELASJON OG HOLDNINGER.....	27
5.2 KUNNSKAP OG HANDLINGER.....	31

5.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID	34
6.0 KONKLUSJON	36
LITTERATURLISTE.....	37

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Det å lindre smerter er en viktig oppgave som sykepleier. Smertelindring er utfordrende og det å lindre smerter til rusmisbrukere kan innebære spesielle utfordringer. Dette fikk jeg erfare under praksisoppholdet mitt på ortopedisk avdeling. En kvinne som var rusmisbruker hadde blitt operert for et ankelbrudd og hadde store smerter etter operasjonen. Pasienten ga uttrykk for å ha smerter og sykepleier administrerte flere doser morfin etter forordning fra lege. Smertene til pasienten ble likevel ikke lindret og pasienten etterspurte mer smertestillende. Sykepleier ville ikke gi mer, selv om i følge det legen hadde forordnet fortsatt var rom for at hun kunne gi mer morfin. Sykepleier mente at pasienten allerede hadde fått mer enn det som normalt gis etter en slik operasjon og var usikker på om smertene var reelle eller om pasienten var rusmiddel-søkende.

Denne pasientsituasjonen gjorde at jeg fikk lyst til å finne ut mer om smertelindring til rusmisbrukere. Jeg ønsker å se på hvordan rusmisbrukere med smerteproblematikk blir møtt, og hva det som sykepleier er viktig å vite for å kunne hjelpe rusmisbrukere med smerter. Problemstillingen min ble derfor som følger:

**Hvordan kan sykepleier møte rusmisbrukere med smerteproblematikk,
i somatisk avdeling på sykehus?**

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

I følge tall fra helse og omsorgsdepartementet (2013) finnes det trolig litt over 8 000 sprøytemisbrukere i Norge i dag. De fleste av disse misbruker heroin, som er et opioid. I denne oppgaven vil jeg anvende begrepet rusmisbruker.

Rusmisbrukere er ofte blant de fattigste i samfunnet. De har økt risiko for å falle ut sosialt, økt risiko for helseplager og sykdom, økt risiko for å utøve vold og kriminalitet, i tillegg til at de

ofte har utfordringer økonomisk. I 2009 var det 285 registrerte dødsfall hvor dødsårsaken var narkotikabruk. Rusavhengige utgjør 59 % av de bostedsløse og de har ofte lite utdanning og lav inntekt (Helse- og omsorgsdepartementet 2013 og Klingsheim 2003).

I følge Krokmyrdal (2010), er sykdommene som rusmisbrukere legges inn på sykehus for ofte smertefulle tilstander. Ulike studier har vist at smerteproblematikk er det mest fremtredende problemet i minst 70 % av sykdomstilstandene til rusmisbrukere (ibid). I dag har man gode kunnskaper om det å ha smerter og effektive analgetika og annen smertelindring. Likevel er mange smertetilstander under- og feildiagnostisert. Rundt 50 % får ikke den smertelindringen de har behov for, i følge Berntzen, Danielsen og Almås (2011).

Den faggruppen som arbeider tettest på pasienten er sykepleieren, og derfor er sykepleieren en viktig brikke med tanke på tilstrekkelig smertelindring av pasienten (Madsen og Skiveren 2009).

Ifølge Finney (2010) kan utilstrekkelig smertelindring føre til dårlig søvnkvalitet, et nedsatt immunforsvar og økt mottakelighet for sykdom. Dårlig smertelindring fører også til økt sensitivitet for smertestimuli og vil øke med tiden. Dette kan gjøre at pasienten utvikler hyperalgesi og allodyni (Ducharme, 2000, i følge Krokmyrdal, 2010). Komplikasjonene som kan oppstå ved utilstrekkelig smertelindring viser at smerter kan forverre pasientens helsetilstand, også i et lengre perspektiv enn den akutte smerten. Derfor er god smertelindring viktig også med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid.

Fokuset i denne oppgaven er å se på sykepleiers rolle i smertelindring til rusmisbrukere, hva er det viktig at sykepleier har kunnskap om for å kunne smertelindre denne pasientgruppen. Hvilken betydning har sykepleiers holdninger i møte med rusmisbrukere og hvordan møter sykepleier en rusmisbruker på best mulig måte. Jeg benytter sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee for å belyse emnet.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Smerte deles inn etter varighet, herunder i akutt smerte og kronisk smerte. Akutt smerte kan vare fra noen minutter og opp til 3 måneder, mens kronisk smerte varer mer enn 3 måneder (Berntzen et. al 2011 og Stubhaug og Ljoså 2008). I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere

på rusmisbrukere med akutte smerter. Kroniske smerter tas derfor ikke med i oppgaven, men kroniske smerter kan påvirke pasientens opplevelse av akutte smerter. Hvilke diagnoser pasienten kommer inn med er heller ikke tatt i betraktning i denne oppgaven, i tillegg utelukkes barn og eldre. På grunn av oppgavens omfang velger jeg også å utelate ikke-medikamentell smertelindring og skriver bare kort om smertekartlegging.

1.4 Definisjon av begreper

1.4.1 Rusmiddelmisbruk

Rusmiddelmisbruk er hvis noen bruker rusmidler, over det som normene i samfunnet ser på som normalt. Et eller flere av disse kriteriene må være aktuelle for at det skal være snakk om et rusmisbruk; personen feiler i å fullføre sine forpliktelser, har en farlig stor bruk, rettslige problemer relatert til rusen og fortsatt bruk selv om personen har sosiale eller mellommenneskelige problemer knyttet til rusen. Et misbruk kan føre til avhengighet (Liberto og Fornili 2013 og Snoek og Engedal 2008).

1.4.2 Rusavhengighet

For at en person skal kunne karakteriseres som avhengig må minst tre av disse kriteriene være gjeldende på samme tid; toleranseutvikling, abstinenser, stoffet er tatt i store doser over lengre tid, det er gjort mislykkede forsøk på å stoppe/begrense inntaket, mye tid blir brukt på å skaffe stoffet, nedsatt fungering psykososialt og pasienten opprettholder bruk av stoffet selv om man er bevisst farene ved det (Liberto og Fornili 2013).

1.4.3 Toleranse

Toleranse vil si at en må ha økt dose av et stoff for å få samme effekt. Toleranse oppstår etter at en person har brukt et stoff over lengre tid (Håkonsen 2009 og Liberto og Fornili 2013).

1.4.4 Pseudoavhengighet

Pseudoavhengighet vil si at pasienter viser tegn på å være rusmiddel-søkende på grunn av at de ikke blir tilstrekkelig smertelindret. Tegn på dette kan være å være veldig opptatt av tidspunktene for smertelindring, og ofte spørre etter smertelindring en time før pasienten egentlig skal ha medikamentene. Denne oppførselen er ofte en forsvarsmekanisme for pasienter som prøver å få kontroll over smerten sin eller som frykter at de skal miste kontrollen (Finney 2010, Liberto og Fornelli 2013 og Morgan 2006).

1.4.5. Holdninger

Ordet holdning består av tanker, følelser og atferd. En holdning er et reaksjonsmønster vi har i møte med mennesker, opplevelser eller gjenstander. Våre holdninger forandrer seg ofte ikke over natten, men noe vi bærer med oss og noe det tar tid å endre på. Holdningene kan variere i styrke og kan være positive og negative. Hvor sterkt man føler for en holdning vil påvirke det følelsesmessige engasjementet (Håkonsen 2009 og Ilstad 2004).

1.4.6 Å Møte

Et møte mellom pasient og sykepleier er noe som oppstår for en spesiell grunn. Møte skjer på grunn av sykepleiers kunnskap, holdninger og ferdigheter, som pasienten har bruk for på grunn av sin livssituasjon akkurat der og da (Bjørk, Helseth og Nortvedt 2002).

1.4.7 Opioider

Opioider blir mye brukt i medisinsk behandling av smerter. Opioider er en betegnelse for stoffer som fester seg til opioidreseptorer på overflaten til cellene i kroppen. Heroin, morfin og metadon er alle opioider, for å nevne noen. Den vanligste bruksmåten til opioidene er intravenøs injeksjon eller peroralt (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2012).

2.0 Teoridel

I denne delen presenteres teori om smerteproblematikk og rusmisbrukere. Det finnes mye teori om smerte, men ikke så mye om smerteproblematikk knyttet til rusmisbrukere. Det blir derfor i tillegg til faglitteratur også benyttet annen litteratur og forskning for å belyse temaet.

2.1 Smerte

Smerte defineres slik, av The International Association for the Study of Pain (1994), ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade” (I følge Stubhaug og Ljoså 2008:25). Smerte er sammensatt og smerteopplevelsen kan bli påvirket av psykiske faktorer, kultur og tidligere erfaringer med smerte. Pasientens reaksjon på smerten kan variere veldig, alt etter hvilken kultur og hvilke skikker personen er vant til. Dette gjør det vanskelig å tolke et annet menneskes smerte, og smerte kan være vanskelig å beskrive for den som opplever den. Rask puls, blekhet og svette er noen symptomer som kan forekomme ved smerter. Smerter hos en rusmisbruker kan være spesielt vanskelig å oppdage på grunn av at rus- eller abstinenssymptomer kan skjule smertesymptomene (Berntzen et. al 2011 og Skoglund og Biong 2012).

Siden smerter er såpass komplekst krever det et tverrfaglig samarbeid, hvor forskjellige yrkesgruppers vitenskap og innsikt brukes i samarbeidet om å lindre og om mulig fjerne pasientens smerter. Legen er den som har ansvaret for forordninger av medikamenter, mens sykepleieren administrerer medikamentene som legen har forordnet. Dette stiller høye krav til sykepleiers kunnskap om medikamenter og smertelindring. Pasienten bør også få være med i planleggingen av smertebehandlingen. Samarbeidet bør bære preg av respekt for pasientens autonomi og integritet. Målet må være at de sammen skal komme fram til den beste smertelindringen for pasienten. (Berntzen et. al 2011 og Madsen og Skiveren 2009).

2.2 Rusmisbrukere på sykehus

Mange rusmisbrukere har psykososiale problemer som man må ta hensyn til ved en sykehusinnleggelse. De kan ha dårlig fysisk helse, likeledes som dårlig psykisk helse. Mange rusmisbrukere får abscesser, blodpropp, sår og infeksjoner. I tillegg kan de være underernærte, noe som kan forverre sykdomsbildet. Over halvparten av rusmisbrukerne som trenger behandling har en psykisk sykdom, hvorav angst og depresjon er vanligst. Blant rusmisbrukere er også dårlig sosial helse vanlig. Dårlig sosial helse kan blant annet være vanskelig oppvekst, lav utdanning, lever på trygdeytelser og er arbeidsledig (Skoglund og Biong 2012).

Rusmisbrukere kan være redde for å søke helsehjelp, årsaken til det er at de er redde for at rusmisbruket ikke blir tatt på alvor, som igjen kan føre til at deres abstinenser ikke blir tatt på alvor. Noen rusmisbrukere må få substitusjonsbehandling under sitt opphold på sykehus, for å unngå at de skal få abstinenser. Den medikamentdosen de får i forbindelse med substitusjonsbehandling er ikke smertelindring, slik at behandlingen av smertene må komme i tillegg (Kongsgaard, Bell og Breivik 2005 og Neale et. al 2008 i følge Liberto og Fornelli 2013). Behandling av abstinenser er viktig for smertebehandlingen av pasienten, siden abstinenser kan forverre pasientens smertesensivitet (DuPen, Sheen og Ersek 2007).

Flere sykehus har laget retningslinjer for smertebehandling til rusmisbrukere på sykehus. En studie gjort av Ford (2008) viste et behov for å veilede sykepleierne om deres rolle ved smertebehandling av rusmisbrukere. Det er viktig for rusmisbrukeres trygghet at sykepleier er trygg på sin rolle, og at det er utarbeidet klare rutiner. (Skoglund og Biong 2012). Det å være innlagt på sykehus kan være en sårbar situasjon for rusmisbrukeren, som også kan føle en skam og underlegenhet rundt rusmisbruket sitt. Dette kan pasienten gi uttrykk for på forskjellig vis som sinne, aggresjon og tristhet. Derfor er det viktig med trygghet og respekt i møte mellom sykepleier og pasient (Kanter, Rusch og Brondino 2008 og Skoglund og Biong 2012).

Rusmisbrukere opplever ofte å bli stigmatisert. De kan bli sett på som vanskelige, utfordrende og moralsk suspekter. Det å sette slike ”merkelapper” på en pasientgruppe kan påvirke pasientens søk etter hjelp og det kan påvirke den hjelpen han får. Dette vil igjen kunne påvirke behandlingen. Årsaken til stigmatiseringen ser ut til å være helsepersonellens

manglende kunnskap om rusmisbrukere (Liberto og Fornili 2013, Morgan 2006 og Krokmyrdal 2010).

Ifølge den Norske Legeforening (2012) er kartlegging av pasienters rusvaner viktig. En grunn til det er at pasienter som misbruker opioider, ofte behøver økte doser opioider for å bli smertelindret og det er viktig å behandle og forebygge slik at pasienten ikke får abstinenser (Skoglund og Biong 2012).

I følge flere studier er redsel for opioid-avhengighet og bivirkninger av opioidene stor blant sykepleiere. Dette kan føre til at sykepleiere er skeptiske til å gi opioider som smertelindring og forverrer smerteopplevelsen til pasienten. Det at pasienten blir tilstrekkelig smertelindret er veldig viktig, og frykten for å gi for mye medisin bør ha et mindre fokus, mener Skoglund og Biong (2012). I følge Compton og McCaffery (2001) (gjengitt av Krokmyrdal 2010) finnes det ikke forskning som støtter oppunder oppfatningen om at bruk av opioider under smertebehandling øker misbruket til rusmisbrukere. Hvis pasienten ikke blir godt nok smertelindret kan det føre til at pasienten drar før behandlingen er ferdig. Pasienter som ikke blir tilstrekkelig smertelindret kan også misoppfattes, og ha en oppførsel tilsvarende en som er rusmiddel-søkende (Finney 2010, Morgan 2006, Onukwugha et. al 2010 og Skoglund og Biong 2012).

2.3 Hyperalgesi og allodyni

Hyperalgesi oppstår ved lengre bruk av opioider, noe som resulterer i en dramatisk forhøyet sensitivitet for smertepåvirkning. Økt sensitivitet i nociseptive fibrer er det som skjer ved hyperalgesi, men årsaksmekanismene er ikke helt klarlagt. Abstinenser kan være med å øke smertesensitiviteten og behandling av abstinenser er derfor en viktig del av smertebehandlingen av pasienten. Det hjelper ikke å øke dosen av analgetika ved hyperalgesi, da det ikke vil gi økt smertelindring. Ved allodyni oppstår smerter ved stimuli som normalt ikke er smertefull. En pasient med allodyni kan få intense smerter ved for eksempel blodprøvetaking. Det kan da være hensiktsmessig å være i forkant og forebygge. Det kan gjøres ved å bruke et lokalanestetikum før blodprøvetaking (Berntzen et. al 2011, DuPen, Shen og Ersek 2007 og Krokmyrdal 2010).

2.4 Sykepleiers rolle ved smertelindring

Siden sykepleier ofte er den som har tette kontakt med pasienten, er sykepleier en nøkkelperson i å kartlegge pasientens smerte. Smertekartlegging er viktig fordi det er et hjelpemiddel når man skal planlegge, iverksette og evaluere en individuell smertebehandling. For å kartlegge smertene er det mange hjelpemidler som kan brukes, hjelpemidler som måler pasientens opplevelse av smerte og har som formål å være med å danne et bilde av pasientens subjektive smerteopplevelse (Madsen og Skiveren 2009, Morgan 2006 og Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

Kunnskapsbasert praksis er et ofte anvendt begrep. I dette ligger det et sykepleiefaglig ansvar om å ta avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap, samtidig som det tas hensyn til pasientens ønsker og behov. Forskningsbasert kunnskap er kunnskap tilegnet gjennom forskning. Forskning kan blant annet si noe om årsaken til en sykdom eller pasientens opplevelse av en spesifikk sykdom. Forskingen kan derfor hjelpe sykepleieren til en bedre forståelse. Erfaringsbasert kunnskap tilegnes under det praktiske arbeidet og er en viktig del av sykepleien. For at et møte mellom sykepleier og pasient skal være tilfredsstillende, bør sykepleieren inkludere og kunne ta i bruk forskningsbasert kunnskap, sammen med den erfaringen sykepleieren har opparbeidet seg. I tillegg bør sykepleieren vise empati og gode kommunikasjonsferdigheter (Nortvedt et. al. 2008). I følge Krokmyrdal (2010) sin studie har sykepleiere opparbeidet seg kunnskap om smerter og smertebehandling til rusmisbrukere gjennom erfaring.

Sykepleieren bør føre en kontinuerlig dialog med legen om observasjoner som gjøres underveis. Sykepleier bør også være observant på eventuelle bivirkninger som oppstår, behov for doseendring eller medikamentendring (Madsen og Skiveren 2009).

2.5 Kommunikasjon og holdninger

For å kunne gi pasienten god smertebehandling, er det viktig at sykepleier har et reflektert og bevisst forhold til egne holdninger og sitt menneskesyn og hvordan holdningene påvirker møte med pasienten. Hvis sykepleier i tillegg har kunnskap om rusmisbrukere, kan det gjøre at samfunnets syn på rusmisbrukere ikke får en så sentral betydning under sykepleiers interaksjon med pasienten (Krokmyrdal 2010). Sykepleiers holdning har ikke bare betydning

for hvordan sykepleier møter pasienten, men har også betydning for hvordan pasienten møter sykepleiers tilnærming. Sykepleier sin moralske tilnærming til pasienten er av betydning og kan vise seg gjennom handlinger og væremåte (Kristoffersen 2005). Det er viktig at sykepleieren har en ikke-dømmende holdning og at sykepleieren klarer å skille mellom pasient og handling. Mange er ikke bevisste på hvordan de kommuniserer og hvordan det kan påvirke andre (Eide og Eide 2007 og Skoglund og Biong 2012). En studie gjort av Brockopp, Ryan og Warden (2003) viser til at helsepersonells syn på om en sykdom er selvforskyldt eller ikke, spiller en rolle for sykepleiers smertebehandling til pasienten.

God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for å skape en god relasjon og opparbeide et tillitsforhold. Pasienten bør bli møtt med troverdighet og ærlighet og pasienten skal ikke være redd for å bli irettesatt. Sykepleieren bør ikke tvile på pasientens opplevelse av smerte, da dette ikke er kontrollerbart, men en individuell opplevelse. Sykepleieren bør heller ikke sammenligne pasientens smerte med sykepleiers tidligere erfaringer og bruke sin erfaring som mal på hva normal smerteatferd er. Studien til Manias et. al (2002) viste at sykepleiers egne tidligere erfaringer spiller en rolle for smertevurderingen som sykepleier gjør. Dersom sykepleierens fokus blir mistenksomhet og at pasienten er rusmiddelsøkende, kan det være et hinder i å se pasientens smerter og behov for psykisk støtte. (Berntzen et. al 2011, Klingsheim 2003 og Madsen og Skiveren 2009).

Hummelvoll (2012) fremhever viktigheten av likeverd i møte mellom pasient og sykepleier. Det innebærer at sykepleier møter pasienten med ”hele seg” og likedan at pasienten møter sykepleieren med ”hele seg”. Det forutsetter at sykepleieren er åpen for å møte pasienten i sin opplevelse av situasjonen, som igjen fører til at sykepleieren som person blir synlig. I en relasjon bygd på likeverd er det også viktig at det dannes en gjensidig respekt for den andres integritet. Dette innebærer å respektere hverandre som menneske. Det å lytte til pasienten er også viktig, og å være åpen for at pasienten kan søke forståelse både verbalt og non-verbalt. (ibid). For at pasienten skal kunne føle det naturlig å være åpen, må det være trygghet i relasjonen. Det er også lettere for pasienten å være åpen, om sykepleieren også er det (ibid).

2.6 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal være retningsgivende for god praksis og profesjonsetikk (Aakre og Biong 2012). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleiere et faglig, etisk og personlig ansvar for å tilegne seg kunnskap om aktuelle lovverk, vurderinger og tiltak som blir gjort. De yrkesetiske retningslinjene presiserer at sykepleierne skal tilegne seg kompetanse gjennom forskning, erfaring og brukerkunnskap og at sykepleieren har et eget ansvar for å holde seg oppdatert til en hver tid. I tillegg har sykepleier et eget ansvar for å kjenne sin egen kompetanse og ikke utføre oppgaver vedkommende ikke føler seg kompetent til, men heller spørre om hjelp hvis noe er utfordrende (Norsk sykepleierforbund 2011).

I de yrkesetiske retningslinjene står det at;

2.1 ”sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”.

2.9 ”sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død”.

(Norsk sykepleierforbund 2011:8).

2.7 Joyce Travelbee

Jeg valgte sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee på grunn av hennes fokus på viktigheten av å etablere en relasjon mellom pasient og sykepleier, og at relasjonen skal bære preg av to likeverdige parter som prøver å komme fram til et felles mål.

2.7.1 Lidelse

”Hvert enkelt menneske lider fordi det *er* et menneske, og fordi lidelse er uløselig knyttet til det å være menneske”(Travelbee 1999:98). Ordet lidelse er tvetydig og brukes ofte i forbindelse med et menneskes psykiske eller fysiske smerte, men det kan også sette ord på tap, skade, ulykke, fattigdom og lignende (Travelbee 1999).

Det å oppleve smerte og lidelse er to veldig ensomme erfaringer. Det er fordi det er svært vanskelig å sette ord på smerter, uansett hvor sterke de er. Det å kunne forklare smerten til en annen, slik at den personen kan forstå din smerte, er nesten umulig. Derfor kan det også være vanskelig å vurdere andres smerteintensitet og grad (ibid). Det å oppleve sterke smerter og lidelse kan oppleves som vanskelig og situasjonen blir enda tøffere hvis de rundt tror man overdriver smerten og ikke lytter til den som har det vondt (ibid).

2.7.2 Skape en relasjon

Kommunikasjon kan ha stor påvirkningskraft på forholdet som oppnås i sykepleiesituasjoner og kan føre til at partene kommer nærmere hverandre eller det motsatte. Kommunikasjonen kan være til hjelp eller såre den andre parten. Sykepleierens hensikt og syn på andre mennesker er vanskelig å skjule i en sykepleiesituasjon, uansett om hun sier en annen ting med ord, så vil kroppsspråket vise hva hun egentlig mener. Det å kommunisere gir uendelig mange muligheter for å påvirke den andre parten. Ved å bruke kommunikasjon kreativt, med kunnskap og dyktighet, kan mye gjøres og endres av sykepleieren (ibid).

Ved kommunikasjon pendler kommunikasjonen mellom partene og de observerer hverandre og deler tanker, følelser og holdninger. Partene deler likevel ikke noe meningsfylt før en tillit er opparbeidet mellom dem og de kan være sikre på at det de deler ikke blir ignorert, avvist, ikke tatt på alvor eller latterliggjort. Det å kommunisere er viktig for sykepleieren for å kunne samle inn informasjon og formidle informasjon, mens pasienten på sin side bruker kommunikasjon til å få hjelp (ibid).

Travelbee (1999) mener det er viktig å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier, dette for at sykepleiers mål og hensikt skal kunne iverksettes og utføres. For å etablere et slik menneske-til-menneske-forhold er kommunikasjon grunnleggende. (ibid).

Kommunikasjon er et hjelpemiddel for sykepleieren og ikke et mål i seg selv.

Kommunikasjonsprosessen går først og fremst ut på å bli kjent med mennesket og for å få til det må sykepleieren prøve å se forbi ”pasientfasaden». For å kunne bli kjent med pasienten må sykepleier og pasient møtes, det må foregå en dialog og det er viktig at pasienten respekteres for det mennesket han er. Sykepleieren må prøve å se individet og individets individuelle behov. Det er viktig å ha fokuset rettet mot pasienten og være åpen for sanseinntrykk. Det bør unngås å forhåndsdomme pasienter for eksempel ut i fra en diagnose

eller oppførsel. Sykepleieren må heller ikke tro at det sykepleieren selv mener er det riktige, nødvendigvis er det riktige for akkurat den pasienten (ibid).

I kommunikasjonsprosessen er observasjon en viktig del. Observasjon vil si å være oppmerksom på lukter, lyder og det vi ser i en gitt situasjon. Observasjon er nødvendig for å finne pasientens behov og utfordringer, og ut i fra det utføre hensiktsmessige sykepleietiltak. Observasjon kan være til hjelp for å stille en pasientdiagnose, forebygge komplikasjoner og for å observere sykdomstegn. Gjennom observasjon samler sykepleier inn data som hun kan tolke. For å kontrollere sine tolkninger er det lurt, om det er mulig, å drøfte observasjonene med pasienten (ibid).

Travelbee (1999) mener at interaksjonen mellom sykepleier og pasient bør være meningsfylt og målrettet, hvor fokuset er på pasienten og at sykepleieren er lyttende tilstede.

2.7.3 Menneske-til-menneske-forhold

Et menneske-til-menneske-forhold er som tidligere nevnt viktig på veien mot målet. Et menneske-til-menneske-forhold vil si at sykepleier og pasient lærer hverandre å kjenne. Travelbee (1999) mener at sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk for å få til dette, i tillegg til at hun må ha kunnskap om hvordan hun kan hjelpe pasienten å få tilfredsstilt sine sykepleiebehov. Det å bruke seg selv terapeutisk vil si å bruke sin personlighet og kunnskap for å lindre pasientens lidelse og etablere et forhold til pasienten.

Det er ikke en selvfølge at det oppstår et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient, da det er helt avgjørende hvordan kommunikasjonen gjøres. Som nevnt over er kunnskap og terapeutisk kommunikasjon viktig. Tanker og følelser som sykepleieren har vil også være synlig for pasienten i en interaksjon, og pasienten vil kunne se tydelig om sykepleieren ønsker å hjelpe pasienten eller ikke. Dette er altså noe som hjelper eller hindrer sykepleieren i å oppnå kontakt i interaksjon med en pasient. Et menneske-til-menneske-forhold må også vedlikeholdes underveis (ibid).

Travelbee mener at sykepleieren må skape et menneske-til-menneske-forhold med pasienten for å kunne nå sine mål med sykepleien til pasienten. For å få til dette, må sykepleieren og pasienten dele opplevelser, kunnskap og lærdom. Sykepleieren må ikke bare gi av sin kunnskap, men også kunne bruke seg selv terapeutisk. Sykepleieren bør også være i stand til å reflektere og bruke logisk tenkning (ibid).

3.0 Metode

Metode er et hjelpemiddel i å få svar på spørsmål og få ny kunnskap innenfor et begrenset område. Det er et verktøy til å samle data, organisere dataene og forstå informasjonen som vi besitter (Larsen 2007).

3.1 Litteraturstudie

Et systematisk litteraturstudie går ut på å samle inn og analysere data som allerede finnes om et emne, dette skal være med å skape oversikt over et bestemt tema. I et litteraturstudie er søkeprosessen viktig og den må dokumenteres underveis. En spesifikk metode må ikke brukes, men det er viktig å vise hvordan man kom fram til funnene. Funnene som blir gjort i form av søkingen må vurderes om de skal brukes i det hele tatt og om materialet kan være med å belyse/besvare problemstillingen som er satt. Under en slik prosess er det vanskelig å være helt objektiv. Som menneske bærer man på erfaringer, holdninger og verdier som kan sette farge på studiet. Men objektivitet bør være et mål, selv om det ikke er fullt ut oppnåelig (Frederiksen og Beedholm 2011, Glasdam 2011, Hørmann 2011 og Larsen 2007).

Jeg valgte å besvare problemstillingen min gjennom litteraturstudie fordi jeg mener at jeg kan se på problemstillingen fra flere sider på den måten. Jeg valgte også litteraturstudie på grunn av tidsrammen for oppgaven, med litteraturstudie kan mye data innhentes på relativt kort tid. Jeg har med forskningsartikler som er både kvalitative og kvantitative og mener at dette er med på å gi et bredt bilde av temaet jeg har valgt.

3.1.1 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode går ut på å finne informasjon som blir presentert i form av tall, og da er målbare. Fordelene med en slik tilnærmingstype er at det er enkelt å redusere informasjon til det en vil ha svar på, forskeren trenger ikke å være kontakt eller i nærheten av det han forsker på og det blir en stor bredde i studiet ved å gjøre det på denne måten. Deltakerne kan også være anonyme, noe som kan være en fordel. Ulempene med en slik metode er at det stiller

store krav til å samle inn data som er rettet mot problemstillingen og forberedelsene på forhånd bør være grundige. (Dalland 2007 og Larsen 2007).

3.1.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en metode som vil se på mening og opplevelse, noe som vanskelig kan vises i tall. Ved denne metoden går forskeren i dybden på et emne og her må forskeren være i kontakt med, i nærhet til det han skal forske på. Fordelene med denne metoden er at det gir et mer helhetlig bilde av et tema. I tillegg er det enklere å sikre relevante data, ved å stille presise og utdypende spørsmål. Det tar mye tid å gå gjennom dataene i etterkant og det kan være en ulempe at deltakerne i studien ikke kan være anonyme, noe som kan spille en rolle for hvor ærlige svarene til den som blir intervjuet er, og kjemien mellom intervjuer og den som blir intervjuet kan spille en stor rolle. (Daland 2007 og Larsen 2007).

3.1.3 Ethiske hensyn

Ethiske problemstillinger kan dukke opp underveis i en forskningsprosess. Det er veldig viktig at de som deltar i en studie får bevare sin anonymitet (Larsen 2007). Pasienthistorien som jeg har med i oppgaven er anonymisert, det samme gjelder praksiserfaringene som jeg har med under drøftingen.

3.2 Utvalgelse faglitteratur

Litteraturen som jeg brukte i teoridelen er pensumlitteratur, i tillegg til annen relevant litteratur og forskjellige forsknings- og fagartikler som dukket opp underveis i søkeprosessen. En bok som har vært veldig sentral, er boken til Stian Biong og Siri Ytrehus (2012). Boken fokuserer på helsehjelp til personer med rusmisbruk og ett kapittel i boken er spesielt rettet mot rusmisbrukere med smerteproblematikk på sykehus. Det er ikke enkelt å finne litteratur som er så spesifikt rettet mot det jeg har som problemstilling og spesielt ikke når det skal være sykepleierrelatert. Boken er veldig aktuell da begge redaktørene er utdannede sykepleiere og den er utgitt i 2012. En forskningsartikkel og en bok som jeg anvender er eldre enn ti år. Siden det er begrenset med litteratur og forskning på emnet for denne oppgaven ble dette nødvendig. Jeg mener, at selv om artikkelen og boken er eldre enn ti år, er det fortsatt aktuelt og relevant i dag.

Jeg valgte å bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker, da jeg mener at hun belyser problemstillingen min på en fin måte. Jeg bruker Joyce Travelbee sin egen bok for å plukke utdrag av hennes sykepleieteori.

3.3 Litteratursøk

Jeg valgte databasen Cinahl på grunn av forskningsartiklenes sykepleierelevans. Det er også spesielle krav til artiklene der, hvor sykepleiefaglig innhold sjekkes i forhold til artikkelens faglige relevans og nivå. Noen av artiklene har også blitt fagfellevurdert (Hørmann 2011). Jeg avgrenset søket mitt med noen krav:

- Linked full text
- Abstract available
- Peer reviewed
- Publiserings dato fra 2000-2013

Kriterier:

- Artiklene skal helst ikke være mer enn ti år gamle
- Artiklene må være skrevet på engelsk, svensk, norsk eller dansk
- Artiklene må ha et sykepleieperspektiv

Det viste seg etter søkeprosessen at forskning rettet mot rusmisbrukere og smertelindring er begrenset, spesielt forskning som i tillegg fokuserer på sykepleiere.

3.3.1 Første søk

Først søkeord: hospital, resultat 109 616 artikler

Andre søkeord: substance abuse, resultat 7 740 artikler

Tredje søkeord: pain, resultat 35 175 artikler

Deretter søkte jeg på substance abuse AND pain, resultat 272 artikler og til slutt søkte jeg med mitt forrige søk, altså substance abuse and pain sammen og søkte AND hospital i tillegg. Søkeresultatet ble da nede i 52 artikler, noe som jeg syntes var en passe mengde. Etter å ha

sett på overskriftene og sammendragene og gått gjennom alle artiklene, fant jeg en artikkel som var relevant og besto kriteriene jeg hadde satt.

3.3.2 Andre søk

Første søkeord: attitude, resultat 77 283 artikler

Andre søkeord: substance abuse, 7 741 artikler

Tredje søkeord: Knowledge, 92 606 artikler

Deretter søkte jeg på attitude AND substance abuse, resultat 580 artikler og til slutt søkte jeg med forrige søk, altså attitude AND substance abuse, sammen med knowledge, resultat 130.

Her fant jeg en artikkel som var relevant etter å ha sett på overskrifter, sammendrag og gått gjennom alle artiklene.

3.3.3 Norsk Forskning og referanseliste

Jeg ville også se om det kunne være noe norsk forskning som hadde blitt gjort på dette temaet og valgte derfor å søke i ”Sykepleien Forskning”. Her brukte jeg søkeordene rus* og smerte*. Da fant jeg en artikkel av i alt 2 som var relevant for denne oppgaven.

Den siste artikkelen fant jeg som referanse i en artikkel jeg leste.

3.4 Kildekritikk

Forskningsartiklene svarer ikke på problemstillingen på egenhånd, men jeg mener at de sammen utfyller hverandre og at jeg derfor likevel kan belyse og besvare problemstillingen på en god måte. Forskningsartiklene er forholdsvis nye og består av både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Ved kvantitativ forskning er deltakerne anonyme og de møter ikke forskeren. Dette kan være en fordel med tanke på at deltakeren tør å være mer ærlig, likeledes som det motsatte kan være en ulempe for den kvalitative metoden (Larsen 2007). På grunn av tidspress hadde jeg fulltekst som et krav, ved søk etter forskning på Cinahl. Jeg ser det at dette kan ha begrenset søket mitt og gjort utvalget av forskningsartikler dårligere enn om jeg hadde søkt uten krav om fulltekst.

En av forskningsartiklene jeg valgte er ikke spesielt rettet mot smertelindring til rusmisbrukere, men denne forskningsartikkelen er likevel relevant da rusmisbrukere er tatt med i studien. En annen forskningsartikkel jeg valgte er en studie gjort på sykepleiere og leger ved akuttmottak, denne artikkelens refleksjon og data anser jeg for å være relevant også blant sykepleiere som ikke jobber i akuttmottak.

Den første forskningsartikkelen er av Blondal og Halldorsdottir (2009). Studien besto av sykepleiere som meldte seg frivillig til å delta i studien. Det kan være at disse sykepleierne er spesielt interessert og har mer kunnskap om smertelindring enn andre sykepleiere. Studien krever også at sykepleierne er åpne om sine handlinger og holdninger, om til tider, sensitive emner.

Den andre forskningsartikkelen er av Li, Andenæs, Undall og Nåden (2012). Her ble spørreskjema anvendt. Det var i utgangspunktet et ønske om å finne ett som allerede var validert. Da det ikke fantes relevante skjema for det fokus de hadde valgt for studien, ble det utarbeidet et nytt spørreskjema. Det kan være en svakhet at spørreskjemaet ikke har blitt testet før. En annen svakhet er usikkerhet knyttet til begrepsvaliditeten i spørreskjemaet, da det er vanskelig å måle holdninger. Utvalget i undersøkelsen arbeidet i avdelinger hvor rusmisbrukere ofte var innlagt, dette kan gjøre at resultatet kunne blitt annerledes hadde utvalget vært fra avdelinger med sjeldnere innleggelser av rusmisbrukere.

Tredje forskningsartikkelen er av Blay, Glover, Bothe, Lee og Lamont (2012). Dette er en studie som ser på smertelindring fra en rusmisbrukers perspektiv. Det er et lite utvalg, noe som er en ulempe, men på grunn av vinklingen er den veldig interessant og unik.

Den siste studien er av Kelleher og Cotter (2009). En svakhet ved denne studien er at den ble gjort på et geografisk område i Sør-Irland og at studien var relativt liten. Respondentene mente også at spørreundersøkelsen var lang og tidkrevende, noe som kan ha påvirket responsen.

4.0 Presentasjon av funn

4.1 The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective

Forfatter: Blondal, K. og Halldorsdottir, S.

Nasjonalitet: Island

Utgitt: 2009

Hensikt: Øke bevisstheten på utfordringer sykepleier møter ved pasienter med smerteproblematikk

Design/Metode: Kvalitativ studie, med fenomenologisk tilnærming. Dybde-intervju ble brukt for å samle inn data.

Utvalg: Utvalget bestod av 249 sykepleiere med minst to års arbeidserfaring, og som jobbet på medisinsk eller kirurgisk avdeling ved tre forskjellige sykehus på Island. Hvor av 10 deltakere ble plukket ut fra et utvalg av 20 frivillige som responderte på et introduksjonsbrev.

Funn:

- Sykepleierne i studien var motiverte for rollen og inntok rollen som pasientens advokat og mente det var fire faktorer som var viktige for tilfredsstillende smertelindring.
- Sykepleierens *moralske plikt* viste seg å være viktig for å iverksette tiltak, *kunnskap* og *personlig erfaring* mente noen gjorde dem sterkere profesjonelt og gjorde at de utviklet *selvtillit*.
- Fire utfordringer ble nevnt i studien: ”å lese pasienten” med tanke på pasientens verbale og nonverbale uttrykk for smerte. Mange av sykepleierne mente at smerteskalaer ikke var til noen nytte i smertebehandlingen.
- Indre konflikter og moralske dilemmaer mente respondentene var særlig gjeldende ved smertelindring til rusmisbrukere. Noe som sykepleierne fant stressfullt. Respondentene syntes det var vanskelig å vite når denne pasientgruppen trengte smertestillende og hvor mye de trengte. Noen mente også at rusmisbrukerne var ”vanskelige” og ”storforlangende” og andre var redd dem.

- Legen er den som bestemmer hva en pasient skal få av medikamenter, derfor mener respondentene i studien at det er viktig at sykepleieren står på for å få fram sin mening og at det tverrfaglige samarbeidet er godt.
- Noen av sykepleierne syntes tidspress gjorde smertelindringen vanskelig og at noen pasienter fikk mer av deres tid enn andre.
- Mangel på leger var også en utfordring da dette kunne føre til forsinkelser i administrasjonen av medikamenter.

4.2 Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus

Forfatter: Li, R., Andenæs, R., Undall, E. og Nåden, D.

Nasjonalitet: Norge

Utgitt: 2012

Hensikt: Få et innblikk i helsepersonells handlinger, kunnskaper og holdninger til opoidavhengige med smerteproblematikk, som er innlagt på sykehus.

Design/metode: Kvantitativ studie.

Utvalg: Hensiktsmessig utvalg. Spørreskjema ble delt ut på seks medisinske, tre kirurgiske og tre intensiv- eller anesthesiavdelinger ved fire norske sykehus i fire helseregioner. Sykepleier og leger i fulltids eller deltidstilling som arbeider på en av de valgte avdelingene og som har erfaring med rusmisbrukere fikk delta. 456 skjemaer ble delt ut til 375 sykepleiere og 81 leger, av disse ble 312 besvart. Totalt 274 sykepleiere og 38 leger besvarte spørreskjemaet.

Funn:

- De fleste av respondentene oppga at de i arbeidet hadde kontakt med rusmisbrukere en gang i måneden eller oftere.
- Når det gjelder kartlegging av pasientenes rusmisbruk var legene i følge studien, mer opptatt av det enn sykepleierne oppga at de var. Totalt av respondentene var det en liten andel av respondentene totalt som kartla dette.
- Kunnskapen om smertelindring til opoidavhengige mente sykepleierne de hadde lavt til middels kunnskap om, mens legene mente de hadde middels kunnskap om dette.

- Studien viser også at legene vurderte seg selv som mer positiv til smertebehandling av denne gruppen enn det sykepleierne vurderte legene.
- Litt over halvparten av sykepleierne var enig i utsagnet om at opoidavhengighet er en sykdom.
- Studien viser at et godt samarbeid mellom sykepleier og lege er fundamentalt i smertebehandlingen av opoidavhengige.
- 25 % av respondentene oppga at de brukte smertekartleggingsverktøy ofte eller ganske ofte.
- Av respondentene var også 25 % nokså enig eller helt enig i at opoidavhengige er ærlige når det gjelder sin egen smerte.

4.3 Substance users' perspective of pain management in the acute care environment

Forfatter: Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. og Lamont, F.

Nasjonalitet: Australia

Utgitt: 2012

Hensikt: Undersøke en rusmisbrukeres opplevelse av smertelindring på sykehus

Design/metode: Utforskende metode, med bruk av kvalitative data til å utforske rusmisbrukeres opplevelse av smertebehandlingen og kvantitative data ble brukt til å utfylle de kvalitative dataene og til å identifisere foreskrevet analgetika.

Utvalg: Pasienter som ble inkludert i studien måtte ha tatt foreskrevet eller ulovlige stoffer minimum 3 ganger per uken, sammenhengende de siste 3 månedene. Pasientene måtte være over 18 år. Dataene ble samlet inn når pasientene ble skrevet inn på sykehuset og undersøkelsen ble repetert etter 24, 36 og 96 timer. Misbrukere av tobakk og alkohol ble ikke inkludert i studien. 27 rusmisbrukere var deltakende i studien.

Funn:

- Et interessant funn var at respondentene var generelt tilfreds med smertebehandlingen de fikk, men mange mente medikamentene som var foreskrevet ikke hadde effekt. Litt over halvparten oppga at de var fornøyde.
- Inndelt etter de fire tidsperiodene, viste det seg at 16 av respondentene var fornøyd med smertelindringen de fikk først ved innleggelsen på sykehuset. Etter 24 timer hadde tallet sunket til 13. Etter 48 timer var 14 av respondentene fornøyde med smertelindringen og etter 96 timer var 7 respondenter fornøyd.
- De vanligste grunnene til misnøye var en opplevelse av feil analgetika, feil dose til feil tid og forsinkelser i administrasjonen av medikamenter. Forsinkelser i administrasjonen av medikamenter mente noen av respondentene kunne være på grunn av helsepersonells negative holdninger mot dem.
- Respondentene som fikk foreskrevet opoider som smertelindring var mer tilfreds og trodde virkningen av smertestillende var bedre sammenlignet med de som fikk foreskrevet alternativ analgetika.

4.4 A descriptive study on emergency department doctors and nurses knowledge

Forfatter: Kelleher, S. Og Cotter, P.

Nasjonalitet: Irland 2008

Hensikt: Se på sykepleiere og legers kunnskapsnivå og holdning til rusmisbruk og rusmisbrukere

Design/Metode: Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse.

Utvalg: Alle sykepleiere og leger ved akutte avdelinger på tre forskjellige sykehus ble spurt om å delta. Deltagelsen var på 46 %. 75 % av respondentene oppga daglig kontakt med alkohol/rusmisbrukere

Funn:

- Minoriteten av respondentene kartlegger pasientenes rusmisbruk, men det begrenser seg ofte til bruk av alkohol og tobakk

- Kunnskapene til respondentene når det gjelder rus og rusmisbruk var den tilsynelatende god, men det var mangel på kunnskap på visse områder, som tiltak ved alkoholisbruk og problematikk rundt metadon misbruk.
- 69,7 % av behandlingen til rusmisbrukere var manglende/for dårlig
- Holdningene til de som var med i studien var tilsynelatende gode

4.5 Sammenheng funn

- I følge sykepleierne kartlegger de sjelden pasienters rusmiddelbruk, foruten alkohol- og tobakksbruk (Li et. al 2012 og Kelleher og Cotter 2008).
- Holdningene rettet mot rusmisbrukere bærer fortsatt delvis preg av mistenksomhet, skepsis og redsel. Et syn på at opioidavhengighet er selvforskyldt er fortsatt gjeldende hos noen sykepleiere (Li et. al 2012 og Blondal og Haldorsdottir 2009).
- Det tverrfaglige samarbeidet mellom sykepleier og lege trekkes fram som essensielt i flere av studiene. Dette kan by på utfordringer ved at legen ikke er tilgjengelig til enhver tid og det er legen som forordner medikamentene, men sykepleieren kan være den som kjenner pasienten best (Blondal og Haldorsdottir 2009, Li et. al 2012).
- Flere av studiene gir grunn til å tro at smertelindringen til rusmisbrukere ikke er god nok per dags dato. Dette er noe som bekreftes både fra sykepleier og rusmisbrukeres hold (Blay et. al 2008, Blondal og Halldorsdottir 2009 og Kelleher og Cotter 2008).
- Studiene spriker litt med tanke på besittelse av kunnskap blant sykepleierne. I studien av Kelleher og Cotter (2008), gir sykepleierne uttrykk for gode kunnskaper om rus og rusmisbruk, men mangel på kunnskap på enkelte områder som problematikk rundt metadonbruk. I studien av Li et. al (2012) mener sykepleierne at de har lite til middels kunnskap om smertebehandling til opioidavhengige.
- Smertekartlegging var det forskjellige meninger om. I studien til Blondal og Halldorsdottir (2009) mente flere sykepleiere at smertekartlegging ikke var til noen nytte, mens en fjerdedel av respondentene i studien til Li et. al (2012) oppga at de brukte smertekartleggingsverktøy relativt ofte.

5.0 Drøfting

Jeg har valgt relasjon og holdninger, kunnskap og handlinger og tverrfaglig samarbeid som overskrifter. Det er fordi jeg synes de tre punktene er viktige, og gjør at jeg drøfter problemstillingen fra flere sider.

5.1 Relasjon og holdninger

Handlingene våre påvirkes av våre holdninger og derfor er det viktig at sykepleiere er bevisst på sine holdninger og holdningenes betydning for relasjonen til pasienten (Ilstad 2004, Li et. al 2012 og Skoglund og Biong 2012). I følge studien til Blay et. al (2012) mente rusmisbrukerne som deltok i studien, at sykepleiers negative holdninger rettet mot dem kunne være en av årsakene til utilstrekkelig smertelindring. Respondentene i studien opplevde blant annet forsinkelser i administrasjonen av smertelindring (Blay et. al 2012). En negativ holdning kan i følge Ilstad (2004) føre til tre ting; unngåelse, motarbeidelse eller en dårlig prestasjon. Det kan tenkes at hvis sykepleier har et syn på rusmisbrukere som manipulerende og uærlige, at det kan føre til at sykepleier ikke tror pasienten snakker sant når pasienten formidler sin smerteopplevelse, og smertelindrer deretter (Madsen og Skiveren 2009). Pasienten vil i følge Travelbee (1999) merke om sykepleier ønsker å hjelpe eller ikke, og er derfor av betydning. Det er nærliggende å anta at hvis sykepleieren ikke virker genuint opptatt av å hjelpe pasienten, så vil det påvirke pasientens søk etter hjelp. Hvis for eksempel sykepleier spør om pasienten har smerter, mens hun enten er på vei ut døra eller ikke virker interessert i å få vite svaret på spørsmålet, er det rimelig å anta at det kan påvirke svaret pasienten gir. I tillegg vil det kunne påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier og gjøre at pasienten ikke føler seg sett.

Jeg opplevde i praksis som sykepleierstudent en rusmisbruker som ga uttrykk for at han trengte smertestillende. Sykepleier responderte med å konfrontere pasienten om han egentlig har så vondt, da han nettopp hadde hatt en lengre samtale på telefonen. Sykepleiere som tolker pasientens smerter ut i fra oppførselen til pasienten, bruker egen erfaring til å bedømme pasientens smerteopplevelse. En slik tolkning av en pasients smerter kan kanskje medføre riktighet i noen tilfeller, men vil i utgangspunktet være basert på sykepleiers antakelser. En kan også sette spørsmålstegn ved den moralske tilnærmingen fra sykepleierens side mot

pasientens uttrykk for smerte og om det at pasienten er rusmisbruker hadde en betydning. Sykepleier som stiller spørsmålsteget ved pasientens smerteopplevelse, kan føre til at pasienten føler skam ved ikke å bli trodd. En slik væremåte kan føre til at pasienten ikke tør å si fra om smertene sine ved en senere anledning og det er nærliggende å tro at relasjonen mellom pasient og sykepleier bli skadelidende.

I følge Liberto og Fornili (2013) er sykepleiers manglende kunnskap om rusmisbrukere årsaken til at mange sykepleiere har mistillit til denne pasientgruppen. Et eksempel kan være at rusmiddelsøkende atferd og utilstrekkelig smertelindring kan oppfattes likt. Dette kan medføre at sykepleier tror at en rusmisbruker søker rus, når pasienten egentlig har smerter (Finney 2010). Blondal og Halldorsdottir (2009) mener også at sykepleiers holdning spiller en rolle for motivasjonen til sykepleier i å bruke den kunnskapen hun besitter. Hvis sykepleier er mistenksom og stiller seg tvilende til pasientens intensjoner og tenker at pasienten er ute etter rus, kan det også ta bort fokuset fra pasientens smerter, slik at sykepleier ikke legger merke til at pasienten har vondt (Klingsheim 2003).

Dersom pasientens smerter ikke blir tatt alvorlig, kan det føre til at pasienten forlater avdelingen før pasienten er ferdig behandlet (Onukwugha et. al 2010 og Skoglund og Biong 2012). I følge studien til Onukwugha et. al (2010) er kommunikasjon mellom pasient, sykepleier og lege viktig for å unngå at pasienten drar fra sykehuset før han er ferdig behandlet. Punkter som Travelbee (1999) mener er viktig i kommunikasjonsprosessen er å vise respekt for pasienten som menneske, ha fokus på pasienten, være åpen for sanseinntrykk og ikke forhåndsdømme pasienten på bakgrunn av oppførsel eller sykdomsbilde (ibid).

I studien gjort av Li et. al (2012) var det bare halvparten av sykepleierne som var enig i at rusmisbruk er en sykdom. Dette kan være et tydelig bevis for at holdninger er vanskelig å endre og at det tar tid (Håkonsen 2009). I studien til Brockopp et. al (2003) tydet det på at hvis sykepleier mener sykdommen til pasienten er selvforskyldt, så blir muligens ikke smertene like "aggressivt" behandlet som annen sykdom. Skoglund og Biong (2012) mener at en slik holdning fra sykepleierens side kan oppleves krenkende for pasienten. Li et. al (2012) og Istad (2004) mener det er behov for ny kunnskap og mer fokus på holdninger i utdanning og videreutdanning av sykepleiere for å kunne endre sykepleiers holdninger (Istad 2004 og Li et. al 2012). I en studie av Ford (2008) hevdes det at en holdningsendring rettet mot rusmisbrukere ikke er viktig for at det skal kunne skapes en god relasjon mellom sykepleier

og pasient. I følge Krokmyrdal (2010) er det ikke andre studier som støtter opp om Ford (2008) sitt funn. Travelbee (1999) mener at det å etablere en relasjon med pasienten er en viktig prosess for at sykepleieren skal kunne nå sykepleiens mål og hun er opptatt av etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, som sykepleier kan etablere ved å bli kjent med pasienten, samtidig som sykepleier besitter kunnskap som trengs for å kunne hjelpe pasienten. Travelbee (1999) mener at en relasjon bygd på tillit er viktig for en meningsfylt kommunikasjon mellom sykepleier og pasient og Hummelvoll (2012) påpeker at det ikke er naturlig for pasienten å være åpen før det er et tillitsforhold og en trygg relasjon mellom sykepleier og pasient. Det at pasienten kan være åpen, mener jeg har betydning for sykepleier sin kartlegging av pasientens rusbruk og smerter, siden pasienten kjenner sine smerter og sin rushistorie. Pasienten er den som vet hvordan smertene oppleves og om smertebehandlingen fungerer. Jeg tenker at hvis sykepleier blir kjent med pasienten kan det gjøre at det opparbeides et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient.

I praksis har jeg erfart at noen rusmisbrukere har vært veldig opptatt av medisinene de skal ha og vært nøye på tidspunktene medisinene administreres. På den ene siden kan dette tolkes som at pasienten er rusmiddel-søkende, men det kan også ses som en redsel for ikke å få den hjelpen en trenger. I følge Neale et. al (2008) (i følge Liberto og Fornili 2013) er mange rusmisbrukere redde for at rusmisbruket ikke skal bli tatt på alvor. Det at sykepleier snakker med pasienten om rutinene på avdelingen, som administrasjon av medikamenter og rutiner for forebygging og behandling av abstinens, kan det trygge pasienten på at han blir tatt godt vare på, og være med på å skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (Li et. al 2012).

I følge studien til Blondal og Halldorsdottir (2009), ga sykepleiere uttrykk for at indre konflikter ble spesielt tydelig ved behandling av smerteproblematikk til rusmisbrukere. Sykepleierne i studien mente at rusmisbrukere blant annet er vanskelige å forholde seg til og at sykepleiere opplever en konflikt mellom sin moralske plikt og sin tro. En sykepleier i studien fortalte at hun prøvde å hjelpe alle pasientene uten å forhåndsdomme dem, men at ingen mennesker er fordomsfrie (Blondal og Halldorsdottir 2009). For å gå litt tilbake til pasienthistorien som ble nevnt innledningsvis i oppgaven, ga sykepleier uttrykk for at hun syntes denne situasjonen var vanskelig, fordi hun ikke visste om pasienten prøvde å lure henne for å få rus eller om pasienten faktisk er ærlig om sin smerteopplevelse. Flere studier tyder på at det er en mistenksomhet og tvil fra sykepleiernes side rettet mot rusmisbrukere og deres smerteformidling (Krokmyrdal 2010, Li et. al 2012 og Morgan 2006). Jeg mener at

mistenksomhet er til liten nytte, siden smerter er individuelle og ikke kan kvalitetssikres. Pasienten blir heller ikke tilstrekkelig smertelindret, noe som igjen kan føre til komplikasjoner som nedsatt immunforsvar, dårlig søvnkvalitet og økt sensitivitet for smertestimuli (Finney 2010 og Krokmyrdal 2010). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norges Sykepleierforbund 2011) står det at sykepleier skal lindre lidelse og fremme helse. Det kan tenkes at den moralske plikten som sykepleierne nevner i studien til Blondal og Halldorsdottir (2009), er blant annet en plikt med tanke på disse punktene jeg nevner her.

Studien til Blondal og Halldorsdottir (2009) viste at sykepleierne var mistenksomme ovenfor pasienter. Dette viste seg særlig i situasjoner hvor pasienten etterspurte mer smertelindring når pasienten allerede hadde fått en, i sykepleiers øyne, normal dose med smertelindring. I følge Manias et. al (2002) sin studie vurderer mange sykepleiere smerte ut i fra egne tidligere erfaringer. Dette er noe jeg også har opplevd i praksis. Innledningsvis skrev jeg om en kvinne med rusmisbruk, som hadde vært gjennom et kirurgisk inngrep og hadde store smerter etter inngrepet. Pasienten etterspurte mer smertestillende, men sykepleieren ville ikke gi mer smertestillende til pasienten, på grunn av at pasienten hadde fått det som sykepleieren mener normalt gis etter et slikt inngrep. Dette til tross for at legen hadde forordnet mer som sykepleier kunne administrere. Sykepleier fortalte i denne sammenheng at hun hadde lang erfaring med smertelindring etter slike typer inngrep. Her kan en stille spørsmål ved sykepleiers kunnskap om smertelindring av rusmisbrukere, i tillegg til hennes evne til å se pasienten som et individ og ikke en diagnose.

I lys av pasientsituasjonen tyder det på at sykepleier mener at å behandle pasienter med samme diagnose likt er en god måte å smertelindre pasientene på. I følge Travelbee (1999) bør hver enkelt pasient vurderes på individuelt grunnlag og sykepleieren bør ikke sammenligne pasienter med tidligere erfaringer, eller ta det som en selvfølge at pasienter skal ha samme behandling (ibid). Travelbee (1999) mener at en må se på det syke mennesket som unikt, hvis ikke sykepleier ser på mennesket som unikt og et individuelt menneske, vil ikke sykepleien tilpasses hvert enkelt menneske heller (ibid). For at sykepleier skal kunne tilpasse sykepleien til pasienten, tenker jeg at dialogen med pasienten er viktig og at sykepleier lytter til pasienten og lar pasienten komme med sine meninger og være med på bestemmelser som tas.

5.2 Kunnskap og handlinger

I studien gjort av Kelleher og Cotter (2009) hadde kun et fåtall av sykepleierne fått spesiell undervisning om alkohol og andre rusmidler. I følge studien til Blondal og Halldorsdottir (2009) mente de fleste respondentene i studien, som besto av sykepleiere, at det sykepleierne lærte under utdanningen var viktig for en sykepleiers besittelse av kunnskap, men sykepleierne opplevde at erfaringen de opparbeidet seg etter studiet var like viktig. Studien til Krokmyrdal (2010) fant at de fleste sykepleierne som deltok i studien hans hadde erfaringsbasert kunnskap om smerter og smertelindring til rusmisbrukere, som de hadde tilegnet seg gjennom arbeidserfaring og kolleger. For å se på dette i sammenheng med pasienthistorien min innledningsvis, hvor sykepleier uttrykte at hun hadde lang erfaring med smertelindring etter slike typer inngrep, vil jeg sette spørsmålstegn ved om dette er tilstrekkelig for å kunne møte rusmisbrukere med smerteproblematikk på sykehus. Både sykepleierne i studien til Blondal og Halldorsdottir (2009) og sykepleier i pasientsituasjonen trekker fram sin erfaring som viktig. Det kan tenkes at den erfaringsbaserte kunnskapen ikke er nok for å møte rusmisbrukere med smerteproblematikk på sykehus, noe som underbygges av at rusmisbrukere gir uttrykk for at smertene ikke blir tatt på alvor og ikke blir tilstrekkelig smertelindret (Blay et. al 2012 og Onukwugha et. al 2010)

Sykepleier må arbeide kunnskapsbasert, noe som vil si at sykepleieren må inneha forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og minst like viktig er det at sykepleieren kan nyttiggjøre seg av kunnskapen ved å bruke den i praksis (Nortvedt et. al 2008). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at sykepleier har et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert til en hver tid og praktisere innenfor sin ramme for kompetanse. Ut i fra det som blir skrevet i avsnittet over tenker jeg at en kan sette spørsmålstegn ved om sykepleier har nok kunnskap om rusmisbrukere og smerter til at det kan sies at sykepleier er faglig oppdatert og praktiserer innenfor sin kompetanseramme. De yrkesetiske retningslinjene (2011) skal være ledende for praksisen til sykepleiere. I en studie av Ford (2008) fant studien at det var nødvendig med undervisning om rus til sykepleiere, for å kunne bedre smertebehandlingen for rusmisbrukere. Travelbee (1999) er opptatt av hvordan kunnskapen sykepleieren besitter brukes og at sykepleieren i tillegg bør kunne ta i bruk kunnskapen til å reflektere og tenke logisk (Travelbee 1999). Jeg opplever det at kunnskap en får gjennom erfaring er med på å gjøre en tryggere, og for å kunne reflektere på en god måte bør sykepleier sette erfaringene i sammenheng med den faglige kunnskapen.

I studien til Li et. al (2012) visste halvparten av respondentene at langvarig bruk av opioider kan øke følsomheten for smerte, og mange av respondentene visste at rusmisbrukere trenger økt dose av opioider for at det skal ha virkning. Selv om dette gjelder både sykepleiers og legers kunnskap viste studien ingen stor forskjell mellom disse to faggruppene (Li et. al 2012). Studien viser at det er manglende kunnskap blant sykepleiere om toleranse og hyperalgesi. Noe som støttes av studien til Blay et. al (2012), hvor det også tydet på manglende kunnskap blant sykepleierne. Rusmisbrukerne som deltok i studien etterlyste kunnskap om toleranse og behov for høyere doser smertelindring.

I følge Krokmyrdal (2010) kan begrepene allodyni, hyperalgesi og toleranse være viktig å kjenne til og deres årsaksforhold, for å kunne forebygge og iverksette tiltak. Hvis sykepleier ikke vet betydningen til disse begrepene, kan det tenkes at sykepleier ikke ser noen grunn for at rusmisbrukere har en opplevelse av økt smerte eller får smerter ved normalt ikke smertefull stimuli. Av den grunn kan det være at sykepleier tenker at rusmisbruker ”maser” eller tåler lite smerte sammenlignet med opioid-naive. Dette kan også ses i sammenheng med pasienthistorien innledningsvis. Sykepleier hadde erfaring med at den dosen smertelindring kvinnen fikk hadde fungert på andre pasienter, men sykepleier hadde ikke tatt i betraktning at pasienten kunne ha økt smerteopplevelse sammenlignet med en pasient som ikke er rusmisbruker. I lys av pasienthistorien og studien til Li et. al (2012), som viser at mange av sykepleierne vet at rusmisbrukere trenger økt dose av opioider på grunn av toleranse, kan det tenkes at kartlegging av pasientens rusvaner hadde gjort sykepleier mer bevisst på pasientens rusmisbruk og dermed tatt toleranse med i betraktningen ved smertelindring. På den annen side kan det være manglende kunnskaper hos sykepleier som gjorde at hun ikke så behovet for å gi mer smertelindring til pasienten.

I følge studiene til Li et. al (2012) og Kelleher og Cotter (2009) kartlegger sykepleier sjelden pasientens rusvaner, og noen av grunnene som ble funnet studiene var usikkerhet blant sykepleiere rundt egen rolle og at sykepleier ikke har nok kunnskap om rusmisbruk og hvordan det kan påvirke smerten og smertebehandlingen. (Li et. al 2012). Det å kartlegge rusmisbrukeres rusvaner er viktig for å kunne ta faglige vurderinger, forebygge og behandle abstinenser og for å kunne gi tilstrekkelig smertelindring (Den Norske Legeforening 2012, Li et. al 2012 og Skoglund og Biong 2012). Rusmisbruk er en sykdom som kan være relativt

skambelagt, derfor kan pasienten prøve å skjule det eller ikke fortelle åpent om det på eget initiativ (Kanter, Rusch og Brondino 2008).

I følge Skoglund og Biong (2012) kan det være utfordrende for sykepleier å se rusmisbrukeres smerter på grunn av at rus- eller abstinenssymptomer kan skjule smertesymptomene, i tillegg er smerte en subjektiv opplevelse og mennesker reagerer forskjellig på smerter (Berntzen et. al 2011). I følge Berntzen et. al (2011) er tolking av smerter vanskelig og derfor er bruk av smertekartleggingsverktøy viktig for adekvat og god smertelindring til rusmisbrukere på sykehus (Blay et. al 2012, Blondal og Halldorsdottir 2009 og Kongsgaard, Bell og Breivik 2005) I studien til Li et. al (2012) var det et fåtall av sykepleierne som brukte kartleggingsverktøy ganske ofte eller svært ofte. Dette er noe som min egen erfaring fra praksis bekrefter, da jeg opplever at smertekartleggingsverktøy sjelden blir brukt. Årsakene til lite bruk av kartleggingsverktøy kan være stigmatisering og negative holdninger fra helsepersonells side rettet mot rusmisbrukere, eller at sykepleiere synes smerter er for personlige til å kunne reflekteres på en smertescore (Blondal og Halldorsdottir 2009, Li et. al 2012 og Morgan 2006). Hvis smertekartleggingsverktøyene brukes godt mener Li et. al (2012) at det kan redusere sannsynligheten for at sykepleier blir ”lurt” eller manipulert.

I studien til Blay et. al (2012) fikk en av respondentene sin vanlige dose metadon som smertelindring. Kelleher og Cotter (2008) sin studie tydeliggjør spesielt manglende kunnskaper om substitusjonsbehandling og metadon. I Li et. al (2012) sin studie oppgir sykepleierne et middels kunnskapsnivå om behandling av abstinenser hos rusmisbrukere. I følge Den Norske Legeforenings retningslinjer (2012) skal smertebehandlingen komme i tillegg til den grunnleggende substitusjonsbehandlingen. Som nevnt tidligere er det legen som ordinerer medikamentene og sykepleier administrerer medikamentene, derfor stilles det høye krav til sykepleiers kunnskap om medikamenter (Madsen og Skiveren 2009).

Morgan (2006) mener at sykepleiernes frykt for opioidavhengighet er den største utfordringen ved smertebehandling. Krokmyrdal (2010) mener at denne frykten kunne vært unngått dersom sykepleierne hadde hatt mer kunnskap om opioidbruk og avhengighet. Blondal og Halldorsdottir (2009) mener at en barriere for god smertelindring er sykepleiers bekymring for bivirkninger som kan oppstå ved opioidbruk, noe som kan sette en begrensning for sykepleiers administrering av opioider. Compton og McCaffery (2001) mener i følge

Krokmyrdal (2010) at det ikke er noe forskning som tyder på at bruk av opioider som smertelindring, øker misbruket til rusmisbrukere.

5.3 Tverrfaglig samarbeid

Siden smerter er såpass sammensatt, krever det innsikt og kunnskap fra ulike faggrupper, i tillegg til at et godt samarbeid mellom faggruppene er viktig for god smertebehandling av rusmisbrukere (Madsen og Skiveren 2009 og Skoglund og Biong 2012). Deltakerne i studien til Blay et. al (2012) mente at et godt samarbeid mellom pasient, sykepleier og lege er en forutsetning for god smertebehandling. På grunn av at legen har siste ordet når det gjelder bestemmelser av medikamentforordninger, har det stor betydning at sykepleier gir uttrykk for sine observasjoner og vurderinger til legen (Blondal og Halldorsdottir 2009). Sykepleierne i studien til Blondal og Halldorsdottir (2008) mente at det å ha opparbeidet et tillitsforhold til legen var viktig for at sykepleier og lege skal kunne samarbeide godt og at sykepleiers teoretiske kunnskap kan være bortkastet, dersom sykepleier ikke får brukt den på grunn av manglende kommunikasjonsevne. I dette legger jeg at sykepleier kartlegger, observerer og vurderer pasientens smerte og sitter med mye informasjon, som det er viktig at hun videreformidler til legen. Hvordan hun videreformidler informasjonen hun besitter kan muligens ses i sammenheng med sykepleierens holdning. En negativ holdning rettet mot pasienten kan sannsynligvis gjøre at sykepleieren ikke videreformidler informasjonen med like stort engasjement, som hun ellers ville ha gjort. Som Travelbee (1999) skriver kan kommunikasjonen ha stor påvirkningskraft og sykepleierens holdninger blir synlige gjennom kommunikasjonen. Kommunikasjon skal hjelpe sykepleieren med å nå målet for sykepleien (Travelbee 1999).

Noen sykehus har laget egne retningslinjer for hvordan møte pasienter med rusmisbruk på sykehus. Skoglund og Biong (2012) mener at retningslinjene kan være med på å skape en trygghet for sykepleieren i sin rolle og en felles tilnærming til utfordringen. Som tidligere nevnt i Li et. al (2012) sin studie, kunne det forstås som at det var en uklarhet mellom sykepleier og lege, om hvem som hadde ansvaret for å kartlegge rusvanene til pasienten. For rusmisbrukere er det viktig at sykepleier er trygg i sin rolle, slik at pasienten vet hva som kreves og hva som kan forhandles om og ikke (Skoglund og Biong 2012). Rusmisbrukere kan være nødt til å manipulere for å klare seg i sin hverdag, men for at pasienten ikke skal oppleve

det nødvendig å manipulere når han er på sykehuset, kan klare rutiner, godt samarbeid og at alle som samarbeider er trygg på sin oppgave, være viktig punkter (ibid). Det kan tenkes at retningslinjene kanskje kan være med å skape en forutsigbarhet, som er viktig for at pasienten kan være trygg. I tillegg kan de muligens bringe en klarhet i rollene til de forskjellige faggruppene i det tverrfaglige samarbeidet.

6.0 Konklusjon

Forskning tyder på at smertebehandlingen til rusmisbrukere på sykehus ikke er god nok per dags dato. Det ser ut som at det er rom for forbedring for sykepleiere, sammen med annet helsepersonell, når det gjelder å møte rusmisbrukere med smerteproblematikk på en god måte. Det er begrenset med forskning å støtte seg på når man skal se på hva sykepleier konkret bør gjøre for å møte rusmisbrukere med smerteproblematikk på sykehus. Da er det mer forskning rettet mot det som faktisk blir gjort. Forskningsartiklene jeg har anvendt svarer derfor ikke fullt ut på problemstillingen min, men jeg mener at sammen med annen forskning, faglitteratur, egne erfaringer og sykepleieteori blir det drøftet ulike sider av problemstillingen. I drøftingen svarer jeg på problemstillingen ved å se på hva som gjøres i dag, hva som ikke fungerer og hva som kan gjøres for å bedre møte pasienten.

Smertelindring til rusmisbrukere er komplekst og har derfor ikke et entydig svar, men jeg velger å skrive noen hovedpunkter jeg mener er viktige. Sykepleier bør først og fremst skape en relasjon til pasienten, basert på tillit og respekt for det individuelle i mennesket, noe som jeg mener er viktig for at pasienten skal være åpen og ærlig. Sykepleier bør være bevisst sine egne holdninger og tro på pasientens opplevelse av egen smerte. Sykepleier bør opparbeide seg kunnskap om rusmisbrukere og smerter, ved kurs/undervisning og lese seg opp på egenhånd. Sykepleier bør også kartlegge pasientens rusvaner og smerter. Det er også viktig at sykepleier samarbeider godt med legen og informerer han om observasjonene.

Litteraturliste

Aakre, M. Og Biong, S. (2012). Etiske utfordringer og etisk kompetanse – om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen. I: Biong, S. Og Ytrehus, S. (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe, s 78 – 96.

Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie I*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 356 – 398.

Bjørk, I.T., Helseth, S. Og Nortvedt, F. (red.) (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Blay, N., Glover, S., Bothe, J., Lee, S. Og Lamont, F. (2012). Substance users perspective of pain management in the acute care environment. *Contemporary Nurse*. 42 (2), s 289-297.

Blondal, K. Og Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patient in pain: from the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, s 2897 – 2906.

Brockopp, D.Y., Ryan, P. Og Warden S. (2003) Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients. *British Journal of Nursing*. 12 (7), s 409-410.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Den Norske Legeforening (2012) *Retningslinjer for smertebehandling*. URL:
<http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
(lest 20. Sept. 2013).

DuPen, A., Shen D. Og Ersek, M. (2007). Mechanisms of Opioid-Induced Tolerance and Hyperalgesia. *Pain Management Nursing*. 8 (3), s 113-121.

Eide, H. Og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Finney, L. (2010). Nursing Care for the patient with Co-Existing Pain and Substance Misuse: Meeting the patient's Needs, *MEDSURG Nursing*, 19(1), s 25-30.

Ford, R., Bammer, G. Og Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*. 17, s 149-159.

Fredriksen, A.K. og Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I: Glasdam, S. (red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s 47-54.

Glasdam, S. (2011). (red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Helse og omsorgsdepartementet (2013). Rusmidler i Norge. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/rus/rusmidler-i-norge.html?id=439352> (lest 6.sept. 2013).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. I: Glasdam, S. (red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s 36-46.

Håkonsen, K.M. (2009) *Innføring i psykologi*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ilstad, S. (2004). *Sosialpsykologi*. 5. Utg. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Kanter, J. W., Rusch, L. C., og Brondino, M. J. (2008). Depression self stigma: A new measure and preliminary finders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 663-670.

Kelleher, S og Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and users. *International Emergency Nursing*. 17 (1), s 3-14.

Klingsheim, R. (2003). Narkomanes dårlige helse - en sykepleiefaglig utfordring, *Sykepleien Forskning*, 91(2), s 33-37.

Kongsgaard, U. E., Bell, R. F. og Breivik, H. (2005). Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125, s 2808-2810.

Kristoffersen, N. J. (2005) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N.J., nortvedt, F. Og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 215-257.

Krokmyrdal, K. A. (2010). *Sykepleieres kompetanse om smerte og smertelindring hos pasienter med opioidavhengig rusmisbruk*. Oslo: Høgskolen i Oslo. (Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap)

Larsen, A.K. (2007). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Li, R., Andenæs, R., Undall, E. Og Nåden, D. (2012). Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 7 (3), s 252-260.

Liberto, L. A. Og Fornili, K. S. (2013). Managing Pain in Opioid-Dependent Patients in General Hospital Settings. *MEDSURG Nursing*, 22 (1): 33-37.

Madsen, K.H. og Skiveren, J. (2009). *Sygepleie og smertebehandling*. I: T. S. Jensen, J. B. Dahl Og L. Arendt-Nielsen. (red.) *Smerter - baggrund, evidens og behandling*. 2.utg. København N: FADL's Forlag, s. 363 - 370.

Manias, E., Botti, M og Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice, *Journal of Clinical Nursing*, 11, s 724 . 733.

Morgan, B. D. (2006): Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief, *Pain Management Nursing*, 7(1): 31-41.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2012). *Fakta om heroin, morfin - opioder*. URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=51039> (lest 25. Sep. 2013)

Norges Sykepleier Forbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund. URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (lest 30.aug. 2013).

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. Og Reinart, L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Onukwugha, E., Saunders, E., Mullins D., Pradel, F.G., Zuckerman M. Og Weir M.R. (2010). Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. *Quality Safe Health Care*, (19), s 420-424.

Skoglund, A. og Biong, S. (2012). Sykepleie til personer mer opioidavhengighet i somatisk sykehus. I: Biong, S. og Ytrehus, S. (red.). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe, s 186 – 201.

Snoek, J. E. Og Engedal, K. (2008). *Psykisk – kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. 3. Utg. Oslo: Akribe

Stubhaug, A. og Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? En oversikt over smertebegrepet, smertefysiologi og smertebehandling. I: Rustøen, T og Wahl, A. K. (red.). *Ulike tekster om smerte- fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s 22 – 50.

Torvik K., Skaug M. og Rustøen T. (2008). Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I: Rustøen, T og Wahl, A. K. (red.). *Ulike tekster om smerte- fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s 51 – 75.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk